

POSL 2018/15



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

AZIENDA OSPEDALIERO - UNIVERSITARIA DI SASSARI



Viale San Pietro n° 10- Palazzo Bompiani- 07100 SASSARI - C.F. - P. IVA 02268260904

DELIBERAZIONE N. 16 DEL 18/01/2018

**Oggetto:** Avviso Pubblico di Selezione per titoli e colloquio, per l'attribuzione di n.1 contratto libero professionale per lo svolgimento del Progetto Aziendale per le attività connesse alle sperimentazioni cliniche di pertinenza della Farmacia ed al controllo della spesa farmaceutica

<b>Struttura Proponente</b> RISORSE UMANE	<b>Conto di Costo</b>
<b>Direttore della Struttura Proponente</b> Dott. ssa Chiara Seazzu	<b>Responsabile del Procedimento</b> Dott.ssa Chiara Seazzu
<b>Estensore: Dott. Marco Mele</b>	

Il Responsabile della Struttura propone l'adozione del presente provvedimento, attestandone conformità alla norma, la corrispondenza del formato cartaceo al file inserito sul SISAR atti nonché l'utilità e l'opportunità per gli obiettivi aziendali e per l'interesse pubblico.

Il Responsabile della Struttura Dott.ssa Chiara Seazzu Firma Chiara Seazzu

Il Responsabile della Struttura e il Responsabile del procedimento, con la sottoscrizione del presente atto, attestano che l'atto è legittimo nella forma e nella sostanza. Dichiaro inoltre, di aver predisposto la dichiarazione di acquisto inderogabile, agli atti del Servizio.

Il presente provvedimento contiene dati sensibili Si  No

Il Responsabile del procedimento: Dott. ssa Chiara Seazzu  
Data 15.01.2018 Firma Chiara Seazzu

Il Responsabile della Struttura Dott.ssa Chiara Seazzu  
Data 15.01.2018 Firma Chiara Seazzu

Il Responsabile addetto al controllo di budget con la sottoscrizione del presente atto attesta che lo stesso

È  NON È (le motivazioni sono allegate alla presente)  
coerente con le proiezioni economiche comunicate alla Direzione Strategica.  
Spesa prevista \_\_\_\_\_ C.E. n. \_\_\_\_\_

Il Responsabile del Controllo di Gestione: Dott.ssa Sara Sanna  
Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Il Responsabile del Bilancio con la sottoscrizione del presente atto attesta la copertura economico/finanziaria della spesa di cui al presente provvedimento.

Il Responsabile del Bilancio: Dott.ssa Rosa Maria Bellu  
Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Il Responsabile del Bilancio attesta altresì che la spesa non contrasta gli obiettivi Regionali di contenimento della spesa sanitaria e di rientro dal disavanzo (nota RAS Prot. 4801 del 29.12.2016).

Il Responsabile del Bilancio: Dott.ssa Rosa Maria Bellu  
Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Parere del Direttore Amministrativo: Dott. Lorenzo Pescini (Delibera del Direttore Generale. n. 378 del 02.11.2016)

Favorevole  Non Favorevole  (con motivazioni allegate al presente atto)  
Data 17/1/18 Firma Lorenzo Pescini

Parere del Direttore Sanitario: Dott. Nicolò Orrù (Delibera del Direttore Generale. n. 393 del 14.11.2016)

Favorevole  Non Favorevole  (con motivazioni allegate al presente atto)  
Data 17/01/2018 Firma Nicolò Orrù

La presente Deliberazione si compone di n. 3-pagine, di cui n. \_\_\_\_\_-pagine di allegati, che ne formano parte integrante e sostanziale

**IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO RISORSE UMANE**  
**(Dott. ssa Chiara Seazzu )**

- VISTO** il Decreto Legislativo n. 502 del 30.12.1992: "Riordino della disciplina in materia sanitaria";
- VISTO** il Decreto Legislativo n. 517 del 21.12.1999: "Disciplina dei rapporti fra Servizio Sanitario Nazionale ed Università, a norma dell'art. 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419";
- VISTO** il Protocollo d'Intesa sottoscritto in data 11.18.2017 dalla Regione Sardegna e dalle Università degli Studi di Cagliari e di Sassari;
- VISTO** il regolamento aziendale per la disciplina degli aspetti economici delle sperimentazioni cliniche approvato con DDG n.448 del 29/08/2008;
- VISTO** il Decreto Legislativo n. 165 del 30.03.2001: "Norme generali sull'ordinamento di lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche";
- VISTA** la nota in atti Prot. NP/2017/4159 del 02/11/2017 con la quale la Dott.ssa Grazia Maria Rita Moretti, chiede l'attivazione di una selezione per farmacisti da destinare al Progetto aziendale per le "attività connesse alle sperimentazioni cliniche di pertinenza della Farmacia ed al controllo della spesa farmaceutica;
- VISTA** la nota mail dell'11/12/2017 con la quale la Direzione, in accoglimento della richiesta di cui sopra, chiede a questo Servizio di procedere all'attivazione di una selezione pubblica per titoli e colloquio per l'attribuzione di n.1 contratto di collaborazione per lo svolgimento del Progetto Aziendale per le attività connesse alle sperimentazioni cliniche di pertinenza della Farmacia ed al controllo della spesa farmaceutica, per un importo onnicomprensivo di € 30.000,00 e per la durata di un anno;
- DATO ATTO** che con delibera del Direttore generale n°691 del 13/12/2017 è stato approvato il Progetto aziendale per le attività connesse alle sperimentazioni cliniche di pertinenza della Farmacia ed al controllo della spesa Farmaceutica;
- CONSIDERATO** che il compenso di cui sopra è interamente finanziato dalle somme versate dagli Sponsor all'Azienda per le numerose sperimentazioni cliniche attivate nelle varie Unità Operative aziendali, le quali si avvalgono della Struttura di Farmacia per tutte le attività ad essa connesse;
- VISTI** gli artt. 4, 5 e 6 del Regolamento aziendale recante la disciplina degli aspetti economici delle sperimentazioni cliniche, approvato con DDG n. 448 del 29/08/2008;
- VERIFICATA** la copertura finanziaria dei costi derivanti dall'adozione del presente atto;
- VISTO** l'Avviso pubblico della selezione per titoli e colloquio per l'attribuzione dell'incarico libero professionale di che trattasi;
- ACCERTATA** la regolarità degli atti;

**PROPONE**

Per i motivi espressi in premessa che qui si richiamano integralmente:

1. di indire, una Selezione Pubblica, per titoli e colloquio, per l'attribuzione di n.1 contratto libero professionale per lo svolgimento del Progetto Aziendale per le attività connesse alle sperimentazioni cliniche di pertinenza della Farmacia ed al controllo della spesa farmaceutica, della durata di un anno, a far data dalla stipula del contratto e con retribuzione complessiva lorda di € 30.000,00;
2. di dare atto che il compenso di cui sopra è interamente finanziato dalle somme versate dagli Sponsor all'Azienda per le numerose sperimentazioni cliniche attivate nelle varie Unità Operative, le quali si avvalgono della Struttura di Farmacia per tutte le attività ad essa connesse e che non vi è alcun costo a carico dell'Azienda;
3. di approvare l'allegato avviso, che si unisce in copia al presente atto per costituirne parte integrante e sostanziale;
4. di disporre la pubblicazione dell' avviso sul sito aziendale all'indirizzo: [www.aousassari.it](http://www.aousassari.it);

**IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO RISORSE UMANE**  
**(Dott. ssa Chiara Seazzu )**

**IL DIRETTORE GENERALE**  
*Dott. Antonio D'Urso*

Nominato con Decreto del Presidente della Regione Sardegna n. 57 del 03.10.2016

L'anno duemiladiciotto, il giorno diebolla del mese di gennaio, in Sassari, nella sede legale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria.

**PRESO ATTO** della proposta di Deliberazione avente per oggetto: "Avviso Pubblico di Selezione per titoli e colloquio, per l'attribuzione di n.1 contratto libero professionale per lo svolgimento del Progetto Aziendale per le attività connesse alle sperimentazioni cliniche di pertinenza della Farmacia ed al controllo della spesa farmaceutica";

**DATO ATTO** che il Direttore Amministrativo e il Direttore Sanitario hanno espresso parere favorevole;

**DELIBERA**

*Per i motivi espressi in premessa, che qui si richiamano integralmente*

Di adottare la proposta di deliberazione di cui sopra e conseguentemente:

1. *DI INDIRE, una Selezione Pubblica, per titoli e colloquio, per l'attribuzione di n.1 contratto libero professionale per lo svolgimento del Progetto Aziendale per le attività connesse alle sperimentazioni cliniche di pertinenza della Farmacia ed al controllo della spesa farmaceutica, della durata di un anno, a far data dalla stipula del contratto e con retribuzione complessiva lorda di € 30.000,00;*
2. *DI DARE ATTO che il compenso di cui sopra è interamente finanziato dalle somme versate dagli Sponsor all'Azienda per le numerose sperimentazioni cliniche attivate nelle varie Unità Operative, le quali si avvalgono della Struttura di Farmacia per tutte le attività ad essa connesse e che non vi è alcun costo a carico dell'Azienda;*
3. *DI APPROVARE l'allegato avviso, che si unisce in copia al presente atto per costituirne parte integrante e sostanziale;*
4. *DI DISPORRE la pubblicazione dell' avviso sul sito aziendale all'indirizzo: [www.aousassari.it](http://www.aousassari.it);*
5. *DI INCARICARE i servizi competenti dell'esecuzione del presente provvedimento.*

**IL DIRETTORE GENERALE**

(Dott. Antonio D'Urso)

*D'Urso 18/01/2018*

La presente Deliberazione è in pubblicazione all'Albo Pretorio elettronico del sito dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari dal 18/01/2018 per la durata di quindici giorni

Il Responsabile del Servizio Affari Generali, Legali, Comunicazione e Formazione  
(Dott. Antonio Solinas)



**AVVISO PUBBLICO DI SELEZIONE PER TITOLI E COLLOQUIO PER L'ATTRIBUZIONE DI INCARICHI LIBERO PROFESSIONALI A PROFESSIONISTI FARMACISTI NELL'AMBITO DEL PROGETTO AZIENDALE PER LE ATTIVITA' CONNESSE ALLE SPERIMENTAZIONI CLINICHE DI PERTINENZA DELLA FARMACIA ED AL CONTROLLO DELLA SPESA FARMACEUTICA**

=====

Si rende noto che questa Azienda Ospedaliero – Universitaria, in esecuzione della Delibera del Direttore Generale n. del intende procedere - nell'ambito del Progetto aziendale per le attività connesse alle sperimentazioni cliniche di pertinenza della Farmacia ed al controllo della spesa farmaceutica, all'attribuzione di n. 1 incarico libero professionale per un professionista laureato in Farmacia o Chimica e Tecnologie Farmaceutiche.

**Art.1  
Oggetto dell'incarico**

L'attività del professionista, a cui verrà attribuito l'incarico libero professionale, riguarderà la gestione dei medicinali utilizzati nell'ambito delle sperimentazioni cliniche. In particolare dovrà:

- verificare la fattibilità della sperimentazione in relazione alle strutture e risorse presenti nella Farmacia ospedaliera;
- verificare la fattibilità degli studi no profit in relazione al prontuario farmaceutico/repertorio dispositivi e alle risorse allocate;
- verificare, per gli studi no profit, che nessun onere aggiuntivo derivante dal farmaco sperimentale gravi sul SSN;
- verificare che il farmaco sperimentale sia effettivamente fornito dallo Sponsor;
- controllare e validare i medicinali forniti;
- mantenere in quarantena i medicinali pervenuti in farmacia in condizioni non corrispondenti a quelle previste nel protocollo sperimentale;
- conservare i medicinali sperimentali nelle condizioni previste dal protocollo;
- consegnare allo sperimentatore aziendale i medicinali validati secondo le modalità previste dal protocollo sperimentale e da quello interno per la gestione dei medicinali in sperimentazioni;
- rendicontare trimestralmente i medicinali utilizzati ai sensi del D.M. 8 maggio 2003 - modificato da DM 7/11/2008;
- calcolare gli indici della spesa farmaceutica come previsto dalla normativa RAS;
- verificare l'andamento della spesa farmaceutica ed analizzarlo rispetto allo storico;
- verificare la corrispondenza tra quanto tracciato nella piattaforma aziendale e quanto inserito nei flussi ministeriali, sia per macro voci che per anagrafiche singole;
- monitorare il consumo di risorse per valutare i capitoli di spesa eccedenti le reali esigenze assistenziali relative ai beni sanitari;

- predisporre i tabulati dei dati di cui sopra per la Direzione aziendale

## **Art. 2**

### **Requisiti per l'ammissione e titoli valutabili**

I candidati dovranno essere in possesso dei seguenti requisiti generali e specifici di ammissione:

- Cittadinanza italiana, salve le equiparazioni stabilite dalle leggi vigenti, o cittadinanza di uno dei Paesi dell'Unione Europea;
- godimento dei diritti civili e politici;
- non aver riportato condanne penali e di non essere a conoscenza di procedimenti penali in corso a proprio carico;
- non essere stati destituiti o dispensati dall'impiego presso una pubblica amministrazione;
- posizione regolare nei confronti dell'obbligo di leva;
- idoneità fisica per l'espletamento delle attività di cui al presente avviso;
- di acconsentire al trattamento dei dati personali (D.Lgs 196/03);
- laurea in Farmacia o Chimica e Tecnologia Farmaceutiche (CTF);
- abilitazione all'esercizio della professione di Farmacista ed iscrizione all'albo professionale dei farmacisti;
- comprovata esperienza almeno annuale nella gestione di farmaci utilizzati nelle sperimentazione clinica e della documentazione di pertinenza degli studi sperimentali;
- comprovata esperienza almeno annuale nella gestione dei flussi dati del debito informativo di competenza della Farmacia Ospedaliera.

#### **TITOLI VALUTABILI**

- ulteriore documentata esperienza professionale attinente;
- ulteriori lauree in ambito sanitario, master e corsi universitari attinenti;
- attività formative specifiche nel settore della F.O.;
- pubblicazioni scientifiche con Fattore di Impatto sul tema specifico;
- documentata conoscenza della lingua inglese;
- documentata conoscenza informatica, in particolare foglio di calcolo elettronico;
- qualsiasi titolo attinente che il candidato ritenga essere valutabile.

## **Art. 3**

### **Durata dell'incarico**

L'incarico avrà durata di un anno e decorrerà dalla data di sottoscrizione del contratto.

Il compenso annuo lordo onnicomprensivo è di € 30.000,00

Il pagamento potrà essere frazionato mensilmente dietro presentazione di regolare fattura

## **Art.4**

### **Ammissione ed esclusione dalla selezione**

L'Azienda provvederà a verificare la sussistenza dei requisiti richiesti in capo ai candidati nonché alla regolarità della presentazione delle domande.

La Commissione stilerà una graduatoria di candidati sulla base dei punteggi ottenuti nella valutazione dei titoli e del colloquio.

Sulla base delle risorse disponibili, oltre all'attribuzione dell'incarico al candidato vincitore, l'Azienda si riserva la facoltà di conferire ulteriori nuovi incarichi a coloro che sono in posizione utili alla chiamata, i quali collaboreranno all'espletamento del Progetto di che trattasi.

#### **Art 5 Valutazione dei candidati**

La Commissione esaminatrice, appositamente costituita, procederà alla valutazione dei candidati ammessi attraverso l'esame dei titoli, dei curricula e con l'espletamento di un colloquio.

La Commissione, disporrà complessivamente di 40 punti così ripartiti:

- n. 20 punti per i titoli;
- n. 20 punti per il colloquio.

I punti per la valutazione dei titoli saranno così ripartiti:

1. titoli di carriera	punti 10
2. titoli accademici	punti 3
3. pubblicazioni e titoli scientifici	punti 3
4. curriculum formativo e professionale	punti 4

#### **Colloquio.**

Il colloquio consisterà in una prova intesa ad accertare il grado di preparazione necessario allo svolgimento dell'attività progettuale.

Al colloquio verrà attribuito un punteggio complessivo massimo di 20 punti.

Il colloquio si intende superato se il candidato consegue un punteggio di almeno 14/20.

I candidati saranno inseriti nella graduatoria di merito solo previo superamento del colloquio

**SI PRECISA CHE IL COLLOQUIO SI TERRÀ IL GIORNO 06/02/2018 DALLE ORE 15:00 PRESSO L ' U.O. DI FARMACIA OSPEDALIERA SITA AL PIANO TERRA DEL PALAZZO ROSA - VIA MONTEGRAPPA, 82 07100 SASSARI**

#### **Art. 6**

##### **Modalità e termini di presentazione delle domande di ammissione**

Le domande dovranno essere presentate a pena di esclusione, secondo le modalità di seguito specificate:

- consegnate a mano presso l'Ufficio Protocollo Generale dell'Azienda, sito in Viale San Pietro 10, Sassari – dal Lunedì al Venerdì dalle ore 09.00 alle ore 13.00;
- inviate alla casella di posta elettronica certificata protocollo (PEC) personale del candidato esclusivamente all'indirizzo [protocollo@pec.aou.ss.it](mailto:protocollo@pec.aou.ss.it);
- spedite per Raccomandata a/r indirizzata all'Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari, Via M. Coppino n°26, 07100 Sassari.

E' esclusa ogni altra modalità di trasmissione o presentazione delle domande.

La busta chiusa, contenente la domanda e la documentazione allegata, dovrà recare all'esterno apposita dicitura **“Domanda di ammissione alla selezione per l'attribuzione di incarichi LP per Progetto aziendale per le attività connesse alle sperimentazioni cliniche di pertinenza della farmacia ed al controllo della spesa farmaceutica”**.

Il termine per la presentazione delle domande scade il **10°** giorno successivo alla data di pubblicazione del presente avviso sul sito internet aziendale [www.aousassari.it](http://www.aousassari.it).

Le domande spedite per Raccomandata A/R entro il termine di cui sopra, verranno prese in considerazione solo se perverranno all'ufficio protocollo di questa Azienda entro il quinto (2°) giorno successivo alla data di scadenza del termine. A tal fine farà fede il timbro apposto dall'Ufficio protocollo aziendale. Per quanto attiene la spedizione verrà verificata l'apposizione del timbro dell'ufficio postale. Per le domande consegnate all'Ufficio Protocollo dell'Azienda farà fede il timbro dell'Ufficio. Per le domande spedite tramite posta elettronica certificata farà fede la data e l'ora di invio della casella di posta elettronica certificata del mittente. Si precisa che tale modalità potrà essere utilizzata dai soli possessori di PEC e che eventuali e-mail trasmesse da caselle di posta elettronica non certificata o tramite utilizzo di PEC di altri soggetti non saranno accettate.

Il termine per la presentazione delle domande e dei documenti è perentorio. Il mancato rispetto dei termini comporta l'esclusione dalla selezione. Qualora il termine fissato per la presentazione delle domande ricada in giorno festivo, la scadenza è prorogata al primo giorno successivo non festivo. L'Azienda declina fin da ora ogni responsabilità per il mancato recapito di domande, comunicazioni e documenti dipendenti da eventuali disguidi postali, da inesatta indicazione del recapito da parte del candidato o da mancata o tardiva comunicazione del cambiamento di indirizzo indicato nella domanda, nonché da altri fatti non imputabili a colpa dell'Azienda. Le domande devono pervenire complete delle documentazioni. Scaduto il termine di presentazione delle domande, non è possibile inviare alcuna integrazione e gli eventuali documenti o titoli trasmessi non verranno presi in considerazione.

#### **Art. 9**

##### **Trattamento dei dati personali**

I dati personali forniti dai candidati saranno raccolti presso il competente Servizio per le finalità di gestione della selezione Tali dati potranno essere sottoposti ad accesso da parte di coloro che sono portatori di un concreto interesse ai sensi della Legge 241/90.

L'interessato ha diritto di rettificare, aggiornare o cancellare i dati erronei, incompleti o raccolti in termini non conformi alla legge nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi. Il conferimento di tali dati è obbligatorio ai fini della valutazione dei requisiti di partecipazione. Il trattamento è finalizzato, ai sensi del D. Lgs- 196/03, agli adempimenti per l'espletamento della procedura selettiva e per l'eventuale finalità di gestione del rapporto.

#### **Art. 10**

##### **Modifica, sospensione e revoca della selezione**

L'Azienda si riserva la facoltà, per motivi legittimi, di modificare, sospendere o revocare, in tutto o in parte, la presente selezione, nonché riaprire o prorogare i termini per la presentazione delle domande.

#### **Art.11**

##### **Norme Finali**

Per quanto non espressamente previsto si rinvia alle norme vigenti in materia.

Copia integrale del bando è disponibile sul sito internet aziendale all'indirizzo [www.aousassari.it](http://www.aousassari.it)

Per informazioni gli aspiranti potranno rivolgersi al Servizio Risorse Umane.

Il Direttore Generale  
(Dott. Antonio D'URSO)

Allegato n° 1 PROFILO A – FAC SIMILE DI DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Al Direttore Generale  
Azienda Ospedaliero Universitaria  
Viale San Pietro, 10  
07100 SASSARI

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

CHIEDE

di essere ammesso/a a partecipare alla **selezione pubblica per titoli e colloquio, per l'attribuzione di incarichi libero professionali a professionisti farmacisti nell'ambito del progetto aziendale per le attività connesse alle sperimentazioni cliniche di pertinenza della farmacia ed al controllo della spesa farmaceutica**, bandito con delibera n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_.

A tal fine consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n° 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- 1) di essere nato/a a \_\_\_\_\_ (prov) \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e di risiedere in via \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ (Prov) \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_;
- 2) di eleggere il proprio domicilio per eventuali comunicazioni relative al presente avviso indirizzo: Sig/a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ CAP. \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_ indirizzo e.mail \_\_\_\_\_;
- 3) di essere cittadino/a italiano/a \_\_\_\_\_ ovvero \_\_\_\_\_;
- 4) di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_ ovvero di non essere iscritto alle liste elettorali, segnalando i motivi \_\_\_\_\_;
- 5) di non aver riportato condanne penali e di non essere a conoscenza di procedimenti penali pendenti ovvero di avere riportato le seguenti condanne penali \_\_\_\_\_ ovvero di essere a conoscenza dei seguenti procedimenti penali in corso; \_\_\_\_\_
- 6) di essere nella seguente posizione nei confronti degli obblighi di leva: \_\_\_\_\_;
- 7) di essere in possesso del titolo di studio \_\_\_\_\_ conseguito presso \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;
- 8) di essere iscritto all'albo professionale per l'esercizio della professione \_\_\_\_\_ con decorrenza da \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_;
- 9) di essere in possesso di specializzazione in \_\_\_\_\_;
- 10) di aver maturato esperienza presso \_\_\_\_\_;
- 11) di possedere l'idoneità fisica all'impiego;

12) di non essere ovvero di essere stato destituito o dispensato dall'impiego presso Pubblica Amministrazione per persistente, insufficiente rendimento ovvero dichiarato/a decaduto/a da un impiego statale per aver prodotto documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile;

13) di acconsentire al trattamento dei dati personali (D. Lgs 196/2003);

14) di accettare le condizioni previste dal bando di selezione;

Allega alla presente i seguenti titoli e documenti:

a) Curriculum vitae-professionale datato e sottoscritto;

b) Triplice copia dell'elenco dei documenti e titoli presentati;

c) Eventuali titoli e documenti, in originale autenticati o autocertificati, che il candidato ritenga opportuni per la formulazione della graduatoria di merito;

d) Copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità e del codice fiscale;

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 D.Lgs. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e del successivo eventuale rapporto di lavoro. Ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, dichiaro di autorizzare il trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione.

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

(Allegato n° 2)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

Ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n° 445/2000

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n° 445/2000

D I C H I A R A :

- di essere nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ di essere residente a \_\_\_\_\_;
- di essere cittadino italiano (oppure) \_\_\_\_\_;
- di godere dei diritti civili e politici \_\_\_\_\_;
- titolo di studio posseduto \_\_\_\_\_ conseguito il \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_;
- di essere iscritto all'albo professionale di \_\_\_\_\_ alla data \_\_\_\_\_;
- di essere in possesso della specializzazione in \_\_\_\_\_ conseguita in data \_\_\_\_\_;
- di avere maturato esperienza presso \_\_\_\_\_;

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 D. Lgs 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e del successivo eventuale rapporto di lavoro. Ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. 196/2003 dichiaro di autorizzare il trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione.

DATA e LUOGO \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

(Allegato n° 3)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

Ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n° 445/2000

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n° 445/2000,

D I C H I A R A

Ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n° 445/2000, i seguenti stati, fatti e qualità personali (la presente dichiarazione può essere utilizzata per certificare attività di servizio utilizzando lo schema di seguito indicato):

Ente \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_ natura del contratto (contratto di dipendenza, di consulenza, di collaborazione.....) \_\_\_\_\_ tipologia del contratto (tempo pieno - parziale) \_\_\_\_\_ per numero ore settimanali \_\_\_\_\_. Ricorrono/non ricorrono le condizioni di cui all'art. 46 del D.P.R. 761/79 \_\_\_\_\_. Indicare le cause di risoluzione del rapporto di impiego (scadenza del contratto, dimissioni .....)

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e del successivo eventuale rapporto di lavoro. Ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. 196/2003, dichiaro di autorizzare il trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione.

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

N.B. Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata unitamente alla copia fotostatica non autenticata di un documento di identità in corso di validità del dichiarante.

(Allegato n° 4)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL' ATTO DI NOTORIETA' DI CONFORMITA'  
ALL' ORIGINALE DI COPIA

Ai sensi degli artt. 19 e 47 D.P.R. 445/2000

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall' art. 76 del D.P.R. 445/2000,

DICHIARA

di essere a conoscenza del fatto che l' allegata copia:

- a) dell'atto/documento \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ è conforme all'originale in possesso di \_\_\_\_\_ ;  
b) della pubblicazione dal titolo \_\_\_\_\_ edita da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_, riprodotto per intero/estratto da pag. \_\_\_\_\_ a pag. \_\_\_\_\_ e quindi composta di n° \_\_\_\_\_ fogli, è conforme all'originale in possesso di \_\_\_\_\_ ;  
c) del titolo di studio/servizio \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ è conforme all'originale in possesso di \_\_\_\_\_ ovvero in mio possesso;

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all' art. 13 del D.Lgs. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell' ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e del successivo eventuale rapporto di lavoro. Ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. 196/2003, dichiaro di autorizzare il trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione.

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

N.B. Ai sensi dell' art. 38 del D.P.R. 445/2000, la dichiarazione è sottoscritta dall' interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata unitamente alla copia fotostatica non autenticata di un documento di identità in corso di validità del dichiarante.